

































































































What Does Your Child Eat?

Circle the foods your child *eats* every day or at least 3 times per week:

Office Use Only



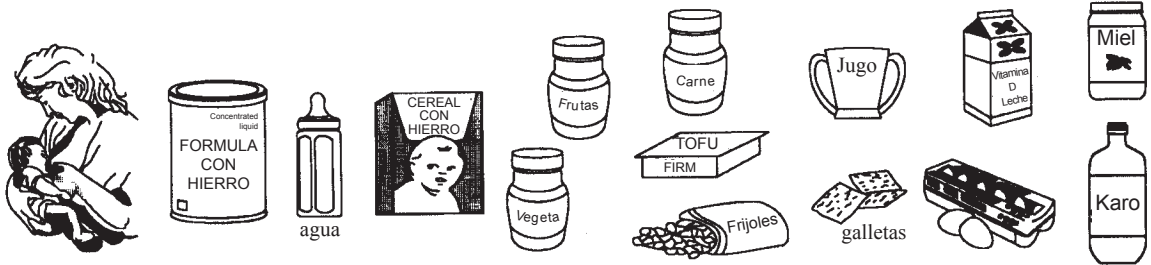

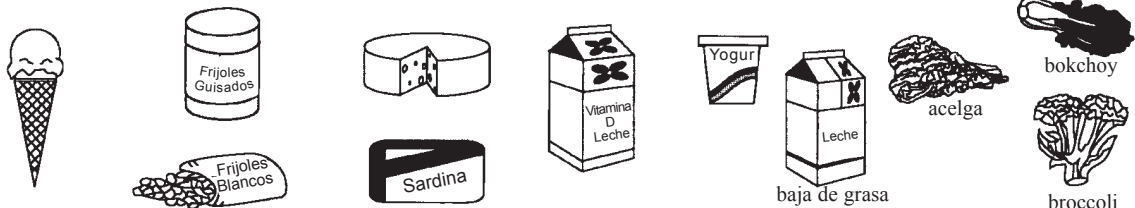

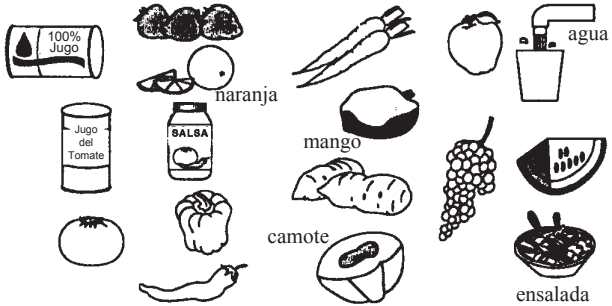

             	<p>How does your baby or child feel about mealtimes?</p>   	<p>✓ one topic/visit</p> <p>Food Recall:</p> <p>___ set meal and snack times</p> <p>___ variety/basic 4</p> <p>___ # srvgs.: 5-7-2-2</p>
	<p>Circle if your baby or child receives food from:</p> <p>Food Stamps School Lunch Head Start WIC</p>	<p>Mealtime:</p> <p>___ pleasant mealtimes</p> <p>___ good food supply</p> <p>___ nutrition referral</p> <p>___ supplement use</p> <p>___ bottle tooth decay</p> <p>___ soft toothbrush and tiny amt. toothpaste</p> <p>___ parent helps with brushing until 5 yrs.</p>
	      	<p>Baby:</p> <p>___ breastfeeding</p> <p>___ formula prep</p> <p>___ starting solids</p> <p>___ all food groups</p> <p>___ weaning/cup</p> <p>___ no honey or Karo Syrup until 1 year</p> <p>___ cow milk at 1 year</p>
           	           	<p>Iron:</p> <p>___ 2-3 srvgs./day</p> <p>___ try new foods</p> <p>___ read cereal labels</p> <p>___ vitamin C with meal</p> <p>___ pica behavior</p>
         	         	<p>Calcium:</p> <p>___ 2-3 srvgs./day:</p> <p>___ 1-10 yrs.: 6 oz./day</p> <p>___ too much milk</p> <p>___ type of milk:</p> <p>___ whole: 1-2 yrs.</p> <p>___ low/non: 2 and up</p>
           	         	<p>Snacks/Fast Foods:</p> <p>___ foods lower in fat and sugar</p> <p>Fruits and Vegetables:</p> <p>___ 5-9 srvgs./day</p> <p>___ vitamins A and C rich</p> <p>___ foods daily</p> <p>___ give water daily</p>
<p>Circle activities your baby or child does every day.</p>      	<p>Activity:</p> <p>Frequency: _____</p> <p>Duration: _____</p> <p>TV: 2 hours or less/day</p>	

Baby or Child's Name: _____ **Age:** _____

¿Qué Come Su Niño?

Office Use Only

Ponga un círculo en las comidas que su niño come cada día o a menos 3 veces a la semana:

	<p>Ponga un círculo en el dibujo que muestra como se siente su bebé o niño a la hora de comer:</p>	<p>✓ one topic/visit</p>
	<p>Ponga un círculo en si su bebé o niño recibe comida de:</p> <p>Food Stamps School Lunch Head Start WIC</p>	<p>Food Recall:</p> <p>___ set meal and snack times</p> <p>___ variety/basic 4</p> <p>___ # srvgs.: 5–7–2–2</p>
		<p>Mealttime:</p> <p>___ pleasant mealtimes</p> <p>___ good food supply</p> <p>___ nutrition referral</p> <p>___ supplement use</p> <p>___ bottle tooth decay</p> <p>___ soft toothbrush and tiny amt. toothpaste</p> <p>___ parent helps with brushing until 5 yrs.</p>
	<p>Baby:</p> <p>___ breastfeeding</p> <p>___ formula prep</p> <p>___ starting solids</p> <p>___ all food groups</p> <p>___ weaning/cup</p> <p>___ no honey or Karo Syrup until 1 year</p> <p>___ cow milk at 1 year</p>	
	<p>Iron:</p> <p>___ 2–3 srvgs./day</p> <p>___ try new foods</p> <p>___ read cereal labels</p> <p>___ vitamin C with meal</p> <p>___ pica behavior</p>	
	<p>Calcium:</p> <p>___ 2–3 srvgs./day:</p> <p>___ 1–10 yrs.: 6 oz./day</p> <p>___ too much milk</p> <p>___ type of milk:</p> <p>___ whole: 1–2 yrs.</p> <p>___ low/non: 2 and up</p>	
		<p>Snacks/Fast Foods:</p> <p>___ foods lower in fat and sugar</p>
<p>Ponga un círculo en las actividades que su bebé o niño hace diario:</p> 	<p>Fruits and Vegetables:</p> <p>___ 5–9 srvgs./day</p> <p>___ vitamins A and C rich foods daily</p> <p>___ give water daily</p> <p>Activity:</p> <p>Frequency: _____</p> <p>Duration: _____</p> <p>TV: 2 hours or less/day</p>	

Nombre del niño: _____ Edad: _____